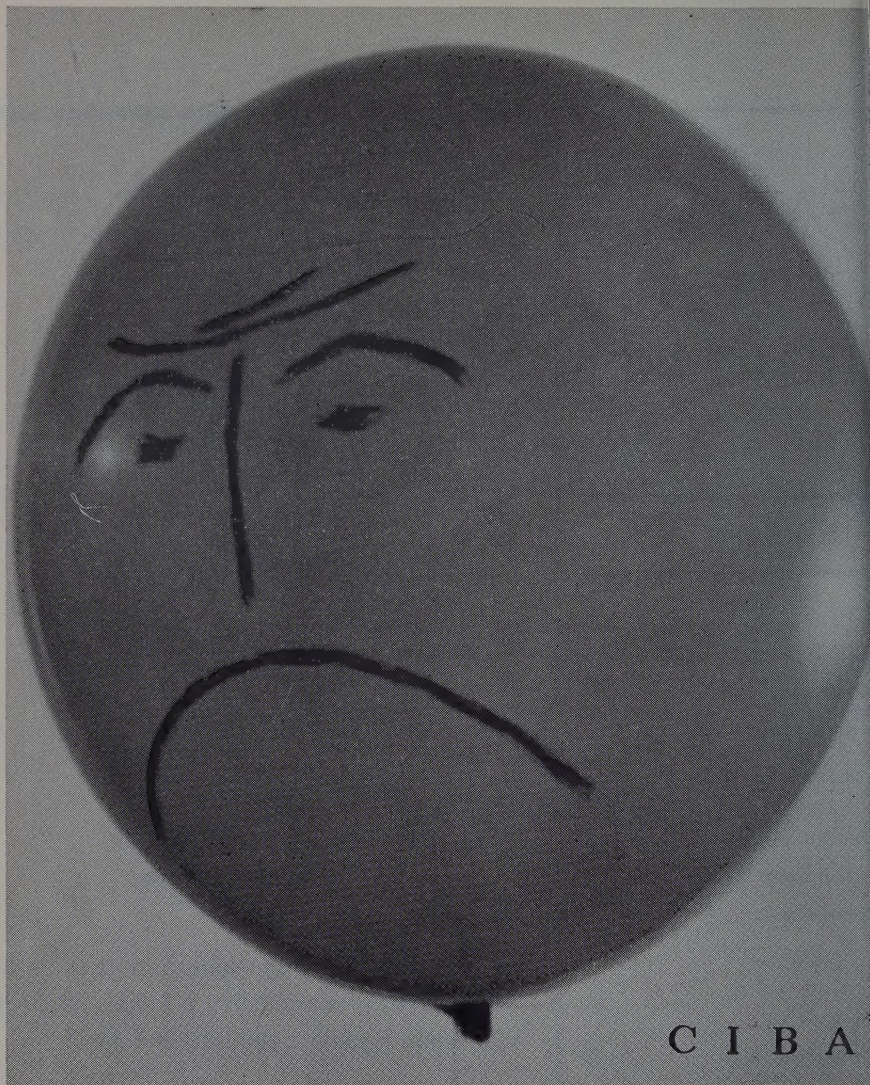
SAINT
LUC
MEDICAL

N° 3

SOMMAIRE


CIBA

la dynamique postconciliaire et l'exigence de comportements nouveaux

par François VARILLON sj (1).

I

TOUT CONCILE EST INACHEVÉ.

Tout concile est inachevé, car il est une étape historique, et le propre d'une étape est d'être, en même temps qu'un point d'arrivée, un point de départ. Mais aux siècles passés les questions ne se pressaient point les unes contre les autres, comme des moutons qui sortent de la bergerie. Il était permis de prendre son temps. Les années postconciliaires n'étaient que postconciliaires, comportant des tâches postconciliaires, c'est-à-dire d'assimilation et de mise en place.

Mais au lendemain de Vatican II, la situation est tout autre. Certes il s'agit bien de rendre opérantes les thèses de **l'aggiornamento.** Mais précisément parce que **le monde est en " mue ",** en mue prodigieuse, tout se passe comme si la décision conciliaire d'écouter avec la plus grande attention les questions que le monde pose à l'Eglise faisait foisonner ces questions au point de **transformer la période postconciliaire en période préconciliaire.** Récemment, une revue catholique canadienne, rendant compte d'un congrès de théologiens aux Etats-Unis, n'hésitait pas à titrer : EN ATTENDANT VATICAN III, et à écrire entre autres paragraphes celui-ci :

" Le Père Karl RAHNER devait prendre la parole à la fin du congrès. Avec une vigueur presque agressive, il parla du défi qui était lancé à la théologie après le Concile. Selon lui, **le Concile ne répond pas aux questions posées à l'Eglise par le monde actuel :** il ne fait qu'instaurer un dialogue, dont on ne sait pas encore l'issue, mais dans lequel la théologie doit s'engager. **Nous devons passer d'une théologie de la rétrospective à une théologie prospective,** qui scrute le passé, mais qui est poussée par la passion de l'avenir. Si les

---

(1) Article paru dans PAX ROMANA (1966-6) et reproduit avec l'aimable autorisation de la Rédaction que nous remercions vivement. Le Père François VARILLON SJ a été pendant 20 ans aumônier des mouvements catholiques de jeunesse. Il est critique littéraire et auteur d'un ouvrage en deux volumes intitulé " Eléments de doctrine chrétienne ".

théologiens se contentaient de commenter les textes, ils seraient infidèles à l'esprit du Concile. Ensemble, chrétiens de toutes dénominations, nous avons à répondre, dans un langage nouveau, aux questions actuelles : Dieu existe-t-il ? Qu'est-ce que le Christ ? Qu'en est-il de l'avenir ? etc... "

LES ATHEISMES.

On le voit, ces questions sont radicales. Elles ne sont posées en clair que par un petit nombre. Mais le grand nombre les flaire ; j'oserais dire qu'il " renifle " ce qu'il y a d'intelligent et valable pour tous dans la réflexion des intellectuels.

Il y a, et il y aura sans doute de plus en plus une **collusion de fait entre l'athéisme réfléchi de quelques-uns et l'indifférence religieuse de la multitude.** La réflexion athée est, et sera dans les années qui viennent, plus largement vulgarisable que la réflexion théologique.

En effet, comme le souligne la Constitution GAUDIUM ET SPES, le phénomène moderne de l'athéisme présente des aspects très divers.

— Il en est qui nient Dieu expressément (c'est la **profession de foi athée) ;**
— d'autres pensent que l'homme ne peut absolument rien affirmer que lui-même (c'est alors de l'**agnosticisme** plutôt que de l'athéisme) ;
— d'autres prétendent que toute vérité est perfectible, jamais définitive (ce qui n'est pas faux), et concluent à tort à l'**impossibilité A PRIORI pour l'homme d'affirmer quelque chose de valable sur Dieu ;**
— d'autres sont tellement centrés sur l'homme, sur la merveilleuse aventure que court à l'heure actuelle l'humanité, qu'ils ne songent même pas à nier Dieu : l'essentiel pour eux, c'est d'**affirmer l'homme ;** en pratique, on vit comme si Dieu n'existait pas (**athéisme pratique** auquel beaucoup de chrétiens participent) ;
— d'autres sont impuissants à **se représenter Dieu** autrement qu'**à travers des caricatures ;** le Dieu qu'ils refusent n'est pas celui de l'Evangile ;
— d'autres enfin sont bloqués dans leur recherche de Dieu par le problème du mal. En termes populaires ils disent : " S'il y avait un bon Dieu, ça ne se passerait pas comme cela ! " En termes réfléchis : **" Une conscience humaine qui refuse le mal est supérieure à un Dieu qui le tolère ".**

Et pour ce qui est des croyants eux-mêmes, beaucoup sont teintés d'athéisme global et mal défini dans la mesure où ils sont **mal à l'aise devant un certain nombre de dogmes précis,** comme le péché originel, la présence du Christ dans l'Eucharistie, et tout ce qui touche à l'eschatologie : le ciel, l'enfer, le purgatoire. Le problème du mythe dans la Sainte Ecriture, tel que l'ont posé ces derniers

temps de façon assez radicale des théologiens protestants, est aussi la source d'un certain désarroi. **Le monde moderne,** qui est de plus en plus **adulte au plan de la science et des sciences,** est essentiellement **adolescent en matière de foi.**

POUR QUE LA CRISE ACTUELLE SOIT SALUTAIRE.

Toutes ces formes d'athéisme, d'incroyance ou de malaise, que l'on veut disséquer, comme on le fait d'un cadavre sur une planche d'anatomie, en réalité se compénètrent et se renforcent, tantôt d'un point de vue méthodologique, tantôt à la faveur de tenaces malentendus, pour composer une question englobante, la question même de la foi. **Pour les intellectuels catholiques la dynamique postconciliaire consistera à travailler à ce que cette crise soit salutaire et purifiante.**

Il y a des crises mortelles, mais il y a aussi des crises de croissance. Pour que la crise actuelle, liée à la " mue " de notre civilisation, soit une crise salutaire, quatre choses me semblent nécessaires :

1. une spiritualité ; 2. une pensée vigoureuse, solidement structurée, exempte de dilettantisme et d'à-peu-près ; 3. une ouverture aux problèmes de la justice aux plans économique et politique à l'échelle du monde ; 4. le courage de l'initiative et de la liberté de recherche dans la fidélité à la tradition de l'Eglise. (2)

UNE SPIRITUALITE.

1 Elle sera faite avant tout de CALME. Le calme en effet a valeur spirituelle. Il est lié à la foi, comme la peur, dans la Bible, est une malédiction qui a partie liée avec l'infidélité. L'affolement est une réaction de surface que les intellectuels chrétiens peuvent et doivent dominer. C'est affaire de dignité chrétienne et de témoignage. Pour être calme en temps de crise, il faut prendre du recul. Ce qui peut se faire de deux manières, par évasion ou par recueillement. L'évasion est coupable et ne résoud rien. Elle est même le plus sûr moyen de fausser la connaissance du réel.

2 Mais il est difficile d'être à la fois calme et engagé. On risque toujours ou bien de se dégager pour trouver le calme, ou bien de perdre le calme dans l'engagement.
D'autant plus — et c'est le second point de réflexion que je propose pour une spiritualité d'intellectuels en temps de crise — qu'il faut consentir au DEPAYSEMENT.

(2) Nous ne pouvons donner ici un résumé que de la première de ces quatre conditions.

" La tâche de l'Eglise ", disait je crois BERDIAEFF, " n'est pas de conserver le monde tel qu'il est, même s'il est devenu chrétien, mais de le conserver chrétien tel qu'il ne cesse jamais de devenir autre ". Il va donc de soi qu'il faut répudier la nostalgie, vaine, stérile, et généralement à base d'illusion rétrospective qui pousse à regretter ce qui fut et va n'être plus. Mais le thème du dépaysement est biblique comme celui du calme : il représente donc une valeur positive. Le dépaysement, c'est l'**arrachement mortifiant à la sécurité des horizons familiers.** L'analogie de l'art est ici instructive. Les techniques modernes de la musique ou de la peinture trouvent d'abord réticents les familiers des œuvres classiques.

Elles dépaysent c'est-à-dire, à la lettre, contraignent à changer de pays, à passer une frontière au-delà de laquelle la langue ou les mœurs ne sont pas semblables. Le plaisir que l'on éprouvait à être en quelque sorte chez soi comportait une sécurité de propriétaire. On n'y renonce qu'avec peine.

Les scribes dont parle l'Evangile possèdent la Loi et la récitent. Ils sont les haut-parleurs d'un énoncé commun. Les auditeurs s'attendent à ce qui est proféré. Les valeurs sont sûres. Pas de dépaysement. Mais quand les scribes deviennent disciples du Royaume des cieux, voici que du neuf apparaît soudain. Non pas du neuf qui cesserait demain à son tour d'être neuf, mais **du neuf dont l'essence est de ne jamais cesser d'être neuf,** parce que c'est d'un autre ordre que la Loi, parce que **ni la liberté ni l'amour ne sont** jamais donnés comme **du tout-fait, mais** comme **une exigence de perpétuel jaillissement créateur.**

La fidélité créatrice va de dépaysement en dépaysement. Elle s'interdit les réponses toutes faites, les systèmes clos, les interprétations sclérosées ou figées. Elle a en horreur tous les conforts, mais par-dessus tout le confort de l'esprit.

3 Il faut cependant — troisième pierre d'attente pour une spiritualité d'intellectuels en temps de crise — savoir DISCERNER dans les problèmes nouveaux que le monde pose à l'Eglise ce qui est **interrogation de fond et** ce qui relève plus ou moins directement de la **mode.**

On sait assez qu'il y a des modes intellectuelles. Certes ce n'est pas parce qu'une idée — ou une philosophie — est à la mode qu'elle est fausse, mais plus qu'une autre elle a le pouvoir de fausser l'esprit. Dans une idée vraie qui est à la mode, il faut distinguer ce pour quoi elle est à la mode et ce en quoi elle est vraie. Une ascèse rigoureuse est toujours nécessaire pour se soustraire soi-même à la mode. Le critère en ce domaine, c'est le **courage de dire les vérités qui ne sont pas à la mode.**

4 Il faut également rattacher à la spiritualité le devoir, particulièrement urgent pour des intellectuels catholiques en période de crise, de veiller à ce que les débats théologiques ou ecclésiaux ne prennent PAS UNE COULEUR POLITIQUE.

Il appartiendra aux intellectuels, dans les années difficiles qui suivront le Concile, d'apprendre aux hommes à bien **distinguer,** sans jamais séparer au niveau de la conscience, **les dogmes de foi et les problèmes sociaux et politiques.** C'est la même conscience en effet qui doit prononcer un jugement de loi et un jugement politique ou social. Le jugement de foi porte sur la réalité du salut ; le jugement politique sur la réalité temporelle. Ce ne sont pas des réalités du même ordre.

Et cependant entre l'un et l'autre jugement une certaine unité doit être cherchée, car **les valeurs morales qui sont en cause dans les problèmes temporels sont les composantes du Royaume de Dieu, et les attributs de Dieu même.** Par ce biais des valeurs morales, l'Eglise ne peut se désintéresser de l'ordre temporel.

Il n'en reste pas moins qu'un dogme chrétien ne saurait être le point de départ IMMEDIAT d'une action politique. Jamais on ne peut déduire DIRECTEMENT d'un dogme une opinion politique. Il y faut toujours la médiation de la réflexion et de l'analyse, lesquelles sont toujours sujettes à révision, car la conjoncture est complexe et mouvante. **En ce domaine les laïcs sont compétents de droit.** S'ils ne le sont pas de fait, ils ont le devoir de travailler à le devenir.

On devrait se garder d'affirmer sans autre précision que les catholiques sont libres de leurs opinions temporelles. Tel quel ce n'est pas faux ; mais le devoir est d'abord de se libérer. Ce n'est pas parce qu'aucune pression matérielle, contraignante, n'intervient dans mon option politique, que je suis dans cette opinion un homme libre. D'autres pressions, inconscientes, qui ont cristallisé dans les profondeurs s'exercent à mon insu : l'hérédité, l'éducation, le milieu sociologique, l'intérêt, la peur du sacrifice, la crainte du dépaysement.

Le rôle des intellectuels est d'éclairer les consciences — singulièrement des jeunes hommes et des jeunes femmes — sur l'importance de ces pressions, et d'**instituer une pédagogie capable de promouvoir une humanité à la fois profondément chrétienne et pleinement libre.** Une certaine conception, un peu infantile, du " juste milieu " peut être aussi catastrophique en ces délicats domaines que les outrances et les exclusivités A PRIORI. Avec certains hommes qui ne sont pas intégristes, mais que les intégristes s'annexent volontiers, le dialogue sera sans doute difficile.

Car le type de décision qu'exige le Concile, s'il est pur de toute interférence politique, ne s'en oppose pas moins à une certaine forme d'attachement au passé que jusqu'ici les hommes dont je

parle ont cultivée en esprit de fidélité à l'Eglise. A ces hommes de bonne volonté, il faut montrer le chemin de **la fidélité créatrice,** en leur faisant voir qu'elle **est plus fidèle que la fidélité conservatrice.** Rude tâche, sans doute, mais urgente ! Il s'agit, selon une expression très juste de l'abbé LAURENTIN, d'un véritable œcuménisme AD INTRA, sans lequel l'œcuménisme AD EXTRA risquerait de faire long feu, car les protestants ont, eux aussi, leurs éléments " rigides " et tournés vers le passé. Ni les uns ni les autres ne doivent être exclus du dialogue.

5 Je signale un cinquième point, en regrettant de ne pouvoir le développer longuement car il est lié à toute une théologie. Les intellectuels catholiques devraient SE GARDER DE TOUTE ILLUSION SUR LA MORT DU TRIOMPHALISME ECCLESIAL. Il est grièvement blessé, il est vrai, mais il n'est pas mort. Il survivra au Concile.

Car le Concile s'est voulu essentiellement PASTORAL. Certes, cela ne signifie pas qu'il soit resté étranger au DOCTRINAL. Si cela avait été, il n'eût pas été authentiquement pastoral. Il reste cependant que Vatican II n'a pas abordé explicitement le mystère de Dieu tel qu'il est en lui-même selon le donné révélé. Or le triomphalisme reprendra vigueur tant que les chrétiens hésiteront, dans leurs affirmations explicites comme dans leur comportement intime, sur **le paradoxe suprême de la pauvreté et de l'humilité de Dieu.**

Me contredira-t-on si j'avance que très peu de chrétiens prennent vraiment au sérieux la phrase du Christ : " Qui me voit voit le Père " ? L'illusion est tenace, qui voit en Jésus-Christ le Messager d'un Dieu infiniment riche et puissant, venu parmi les hommes pour leur montrer, par la condescendance de l'exemple, comment ils doivent honorer sa richesse par leur pauvreté, et par leur humilité sa puissance. Telle n'est pas la Bonne Nouvelle.

La Bonne Nouvelle, c'est que **l'humilité et la pauvreté du Christ révèlent une humilité et une pauvreté qui, étant essentielles à l'amour, existent en Dieu même.**

Le lavement des pieds, le soir du Jeudi-Saint, exprime dans le temps une attitude divine, irreprésentable, mais réelle et éternelle. Un amour sans humilité, dépendance et pauvreté, ne serait que jeu. Celui qui est l'Amour infini est donc infiniment pauvre, humble et dépendant.

On s'abuse sur de trompeuses analogies, et l'on introduit imaginativement en Dieu des éléments empruntés aux hiérarchies humaines. Dès lors dépendance, humilité et pauvreté nous apparaissent comme des signes d'infériorité. Il faudrait pourtant, pour couper le triomphalisme à la racine, consentir à ce paradoxe de la foi. L'Eglise

doit être ici-bas, par sa pauvreté, son humilité et sa dépendance, le signe — ou le sacrement — de la pauvreté, de la dépendance et de l'humilité du Dieu éternel.

CONCLUSION.

En conclusion, je me permettrai d'inviter les intellectuels catholiques à **rompre avec une timidité de mauvais aloi** qui paralyserait indûment leur initiative dans les tâches postconciliaires qui s'offrent à eux. Certes, on peut abuser de la liberté, et il faut être prémuni contre les risques de la liberté. Mais, dans l'ère du changement rapide où entre l'Eglise, il importe que les intellectuels sachent bien en quel sens est vraie, et en quel sens n'est pas vraie cette phrase d'un théologien orthodoxe. " L'essence dogmatique du catholicisme pose une limite à la dimension du renouveau ".

Un texte du Père Karl RAHNER nous servira ici de phare : " L'effort de compréhension des théologiens et du magistère de l'Eglise en face d'une réalité et d'une vérité révélées par Dieu cherche toujours à aboutir à une formulation exacte. C'est à la fois naturel et nécessaire, car c'est la seule façon de dresser, face à l'erreur et à la dégradation de la vérité divine, une ligne de démarcation qui soit respectée dans la pratique de la vie religieuse quotidienne. Ainsi la formule définie est-elle une fin, le résultat victorieux qui apporte une signification incontestable et claire, qui permet d'enseigner avec sûreté. Dans une telle victoire cependant, rien n'est acquis si la fin n'est pas aussi un commencement... Toute vérité du Dieu qui se révèle est vraiment ouverture sur l'infini et commencement de l'illimité... La terminologie la plus claire et la plus explicite, la formulation la plus sainte, l'expression la plus classique de la réflexion séculaire de l'Eglise priante, pensante et combattante, sur les mystères de Dieu, vivent précisément de ce qu'elles sont **commencement et non pas fin, moyen et non pas but.** Elles sont UNE vérité qui libère pour la vérité toujours plus haute ".

François VARILLON.

une médecine pour notre temps : socialisée et personnalisée

par le docteur J. GILLET,
professeur à l'Université Catholique de Louvain,
directeur de l'Ecole de Santé Publique. (1)

AVANT-PROPOS

Ce titre résume bien un sujet d'une brûlante actualité. Proposé il y a à peine une quarantaine d'années, il aurait provoqué quelque surprise sinon des remous en sens divers.

Voilà bien la caractéristique de l'époque passionnante que nous vivons où les **découvertes scientifiques** se succèdent à un rythme à la fois étonnant et inquiétant, où les **techniques médicales** dépassant les prévisions les plus optimistes ont augmenté considérablement la **longévité humaine** — en Belgique, l'espérance-vie est passée de 30 ans en 1830 à plus de 70 ans de nos jours — et provoqué l'**explosion démographique** sans précédent que nous constatons non d'ailleurs sans appréhension.

Ces découvertes s'intéressant à tous les domaines ont amené un profond **remaniement des données** sociales, politiques, économiques tant des individus que des communautés. Les sciences médicales jointes aux conceptions nouvelles de mode de vie ont eu des retentissements sociaux qui ont fini par intégrer les problèmes de la Santé dans ceux des communautés nationales et même des communautés internationales ; il est en effet de plus en plus question de l'intégration de la profession médicale dans la Communauté économique européenne créée en 1957 par le Traité de Rome. L'importance d'une **politique de santé** est indéniable.

QU'EST CE QUE LA SANTÉ

Afin de mieux situer le problème, je me permettrai de rappeler la définition de la santé inscrite dans la constitution de l'O. M. S.

---

(1) Exposé fait à Charleroi à l'occasion des journées d'études nationales de l'Association Nationale Catholique du Nursing, 16 et 17 octobre 1966.

(1946) : " **La Santé ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité : elle doit réaliser un état complet de bien-être physique, mental et social ".**

Remontant aux sources, j'ajouterai que cette définition est toute d'inspiration hippocratique. Le grand médecin grec estimait en effet que la santé est fonction d'un certain **équilibre** entre les divers facteurs intérieurs contrôlant les opérations du corps et de l'esprit ; cet équilibre n'est atteint que si l'individu vit en harmonie avec le milieu extérieur.

Pour permettre à l'individu d'arriver à cette fin, il est nécessaire de lui assurer les moyens et l'environnement qui lui permettent de garantir d'une part le maintien ou la récupération de son intégrité anatomique, physiologique, et d'autre part le plein épanouissement de sa personnalité. La médecine, outre son activité propre, a ainsi **une mission sociale à remplir.** Bénéficiant de cet état de santé totale, l'individu éprouvera la joie de vivre dans son milieu et dans son activité professionnelle. Le savetier de la fable était pleinement heureux, bien portant, et non le financier malgré ses richesses.

J'ajouterais cependant que la santé ainsi définie sous tous ses aspects est une **notion variable** de pays à pays, de région à région car elle dépend de l'évolution culturelle et sociale de l'individu envisagé ; l'idée du confort est en effet toute relative. Tel habitant d'un pays en développement, accoutumé à supporter les misères d'une ankylostomiase, sera pleinement heureux de manger à sa faim alors qu'un occidental disposant de tout le confort accusera nettement une gastralgie d'intensité très moyenne.

UN MONDE EN ÉVOLUTION

Notre époque est en constante et rapide transformation. Jusqu'il y a quelques dizaines d'années, l'environnement humain au sens large (physique, social, économique, culturel) faisait preuve d'une grande stabilité. Nous vivons une période de **progrès techniques** dûs à une intense activité de **recherche scientifique.** Les chercheurs n'ont jamais été aussi nombreux ; on entend assez souvent répéter que 90 % des hommes de sciences ayant jamais existé sur cette terre sont actuellement en vie.

Suite à une promotion véritablement explosive de la technique, **l'environnement dans tous ses aspects manifeste un dynamisme de plus en plus accusé.** L'homme, cet apprenti sorcier, a peine à suivre le rythme de cette évolution dont il est lui-même responsable et à s'y adapter tout en gardant leurs pleines significations aux valeurs humaines.

Il en va ainsi dans tous les domaines et notamment en médecine. Celle-ci devra non seulement s'appliquer à **suivre les derniers progrès de la technique en tenant compte de l'évolution** sociale, économique des individus et en fin de compte de la communauté intéressée, mais dans son effort d'adaptation elle devra avant tout **rester humaine** et garder ce caractère essentiel.

Au cours de cet exposé, il sera question des deux grands aspects distincts mais complémentaires de la médecine : la prévention et la thérapeutique.

1 LA MÉDECINE PRÉVENTIVE

On commence à parler beaucoup de la médecine préventive. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne s'agit pas d'une orientation récente née de l'évolution des sciences médicales ; la préoccupation de rester en bonne santé remonte à la plus haute antiquité. Les prescriptions des anciens livres sacrés, les tabous concrétisent cette préoccupation.

UN PEU D'HISTOIRE

LES GRECS honoraient la déesse " Hugeia " (de hugiainein = se bien porter), divinité charger de veiller sur la santé de la cité et sans rapport avec le traitement des malades. Elle symbolisait la doctrine hippocratique selon laquelle l'homme resterait en bonne santé ou serait moins facilement malade s'il avait la **sagesse de vivre raisonnablement,** d'adopter un mode de vie sain dans un milieu agréable. Il s'agissait là d'une conception individuelle de la médecine préventive qui rapidement perdit toute audience, Hugeia devenant selon la fantaisie des hommes la sœur, la femme, la fille du dieu guérisseur Esculape.

A ce discrédit, il y a plusieurs raisons. Une raison technique tout d'abord : les hommes de l'époque étaient loin de posséder les connaissances permettant une lutte efficace contre les fléaux épidémiques et les mesures préconisées alors étaient très souvent inopérantes. Autre raison, psychologique celle-là, de l'effacement de la médecine préventive : l'homme en bonne santé ne se préoccupe pas généralement de la conserver car il estime que la maladie est pour le voisin. Exit donc Hugeia qui tombe dans l'oubli, non sans nous avoir légué le mot " hygiène ".

LES ROMAINS, ces maîtres bâtisseurs, étaient aussi **experts en génie sanitaire ;** les ruines de thermes, d'aqueducs, d'égoûts en témoignent. Ils pratiquaient donc déjà une hygiène communautaire. Leurs réalisations ne purent cependant empêcher l'éclosion d'épidémies meurtrières.

Apparemment, la médecine préventive organisée ne survit pas à la chute de l'empire romain et est pratiquement inexistante **DURANT LE MOYEN AGE** fertile en épisodes épidémiques. On parle souvent de la peste noire du 14ème siècle qui en quelques années aurait supprimé 25 millions de personnes, soit le quart de la population européenne de l'époque.

Ce n'est que **VERS LA FIN DU 18ème SIECLE** que la médecine préventive sort de l'antiquité mais elle le fait en fanfare avec la découverte de la vaccine contre la variole. Encore maintenant la vaccination jennérienne reste l'arme absolue de la lutte antivariolique. Les encyclopédistes et les savants de l'époque commencent à entrevoir le rôle que les **pouvoirs publics** ont à jouer dans le domaine de la Santé. Avec eux s'ouvre l'ère des **préoccupations sociales** qui se concrétiseront par des réalisations de plus en plus nombreuses et efficaces au fil des années. Ainsi le grand LAVOISIER comprit l'importance d'une distribution d'eau de bonne qualité ; il s'intéressa à la salubrité des hôpitaux, des prisons. Il fut aussi le premier à parler d'une caisse d'assurance contre la misère et la vieillesse.

LE 19ème SIECLE assiste aux débuts de la **collaboration sanitaire internationale ;** il voit aussi l'**essor de la bactériologie et du génie sanitaire.** Ce dernier, en veilleuse depuis la chute de l'empire romain, revient à la surface. Les agglomérations commencent à être dotées du tout-à-l'égoût et de l'adduction d'eau : à Londres en 1854 on supprima du même coup 30.000 fosses d'aisance. Est-il nécessaire de parler ici des travaux de PASTEUR qui ouvrirent la voie à la bactériologie et à l'immunologie, base de l'épidémiologie et de la prophylaxie des maladies contagieuses.

Puis et surtout **A PARTIR DU 20ème SIECLE,** la **chimie** nous a fourni des armes précieuses ; ce sont d'abord les antipaludiques mis au point dès 1923 et les sulfamides dès 1935, ensuite les antibiotiques et les insecticides de synthèse parus durant la deuxième guerre mondiale. Ces pesticides ont acquis une importance considérable dans la prévention des maladies à vecteurs sévissant principalement dans les pays chauds. Ainsi le typhus exanthématique historique responsable d'épidémies meurtrières en périodes troublées, fut enrayé parmi les troupes américaines à Naples en 1942 grâce au D. D. T., fait sans précédent dans l'histoire sanitaire du monde.

Parallèlement aux découvertes techniques et à leurs applications mais avec un certain décalage dans le temps apparaissent différentes **réalisations médico-sociales** qui se sont multipliées dans les dernières décades. Il faut toutefois constater des transformations profondes dans l'évolution de la médecine préventive. Celle-ci a **d'abord** cherché à **assainir l'environnemnt physique** (égoûts, réseaux d'eau potable), à lutter contre les maladies transmissibles souvent à l'insu de la population et parfois même malgré elle. **Puis** elle a pris

un sens plus large, visant à **conserver à l'individu cet état d'équilibre total,** physique, mental, social, caractéristique de la santé. Elle perd une bonne partie de son caractère communautaire pour devenir plus individuelle et partant plus humaine.

Afin de réaliser cet objectif, il lui a été nécessaire de collaborer avec d'autres disciplines médicales (neuro-psychiatrie, gériatrie par exemple) et non médicales (psychologie, assistance sociale) voire même de former un personnel paramédical à des tâches sociales. Le centre psycho-médico-social scolaire de création assez récente concrétise cet aspect multidisciplinaire de la médecine préventive s'intéressant aux différentes facettes de la Santé.

Se voulant individuelle et partant plus humaine, la médecine préventive ne pourrait remplir pleinement sa mission sans la **collaboration active de la personne à protéger** qu'il faudra instruire du but à atteindre et des moyens à utiliser pour y arriver. L'**éducation sanitaire,** particulièrement valable pour la jeunesse et pour le grand âge, souligne heureusement le caractère individualisé et humain de la médecine préventive moderne. C'est encore l'O. M. S. qui dans sa Constitution de 1946 rappelle que : **" L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de la Santé ".**

La médecine préventive prend une importance de plus en plus grande parce que de plus en plus nécessaire étant donné les transformations démographiques, sociales, économiques accusées par la société actuelle.

Les statistiques publiées par l'O. M. S. montrent en effet un **abaissement lent mais continu de la mortalité** dans toutes les parties du monde ; dans les pays développés dont nous sommes, le taux de mortalité tend à se rapprocher de la valeur seuil qui ne saurait guère être modifiée. La technique sanitaire a éloigné la menace de nombre de maladies transmissibles et, par l'allongement de l'espérance-vie a amené le **vieillissement de la population. La morbidité,** loin de suivre l'évolution régressive de la mortalité, **marque une tendance à l'augmentation ;** les **maladies organiques** ont pris la relève et parmi elles le cancer vient en très bonne place. Contre ce dernier, le seul moyen de lutte reste encore le dépistage précoce. D'autres fléaux sont nés de la technique moderne et envahissent nos agglomérations tels : le **bruit,** la **pollution de l'air,** les **accidents de la route.**

Le drame du softénon a récemment mis en évidence le vaste et grave problème des **handicapés** de toutes catégories. La prévention doit se soucier de ces défavorisés du sort et les aider à s'adapter à un mode de vie qui les intégrera dans la communauté. Dans le même

ordre d'idée, il y a enfin tous ceux qui, victimes d'affections chroniques ou d'accidents — hélas, de plus en plus nombreux — se retrouvent amoindris dans une société de plus en plus exigeante.

LES DEUX VOLETS D'ACTIVITÉ

Schématisant le domaine étendu de la médecine préventive on pourrait distinguer deux grands volets d'activité.

Il y a d'une part la **PROMOTION DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE** par l'amélioration d'un environnement tendant à se dégrader de plus en plus. Dans ce but on fera intervenir le **génie sanitaire** pris dans le sens le plus large — c'est par exemple le cas dans la lutte contre le bruit, contre la pollution de l'air, la pollution des eaux de surface, etc..., — ou on appliquera les **acquisitions prophylactiques** modernes tels les vaccins, les pesticides.

D'autre part il y a la **PROMOTION DE LA SANTE DE L'INDIVIDU DANS LA COMMUNAUTE.** Cette médecine préventive plus humaine s'attachera à faire comprendre les bases physiologiques de la santé — c'est l'**éducation sanitaire** — à **dépister** les lésions, les malformations avant l'apparition des troubles, à **réhabiliter** les anciens malades, les accidentés en levant les obstacles sociaux et psychologiques qui s'opposent à leur réintégration, à adapter les handicapés à la vie de tous les jours.

Ainsi une politique bien réfléchie de médecine préventive améliorera la santé de la nation par un meilleur environnement, réduira le budget maladie-accidents par le dépistage précoce et l'éducation sanitaire, diminuera enfin les pertes en journée de travail sans compter l'allègement des douleurs physiques et morales qu'il est impossible d'évaluer.

Il est évident que **seuls les pouvoirs publics sont à même de présider à la réalisation de ce vaste programme et d'en coordonner tous les aspects.** Ses interventions sont actives et directes en ce qui concerne la promotion de la santé communautaire. Indirectes pour tout ce qui touche la promotion de la santé individuelle, elles prennent la forme de subsides à la construction, à l'équipement, au fonctionnement. La souplesse de cette conception est une condition du succès car elle permet aux praticiens de la médecine préventive de bénéficier de la liberté indispensable à l'instauration du climat de confiance qui doit présider à tous les contacts humains. Il reste toutefois bien entendu que dans le domaine strictement médical, la médecine préventive doit se limiter au dépistage et être complétée par la médecine curative chaque fois qu'une intervention s'avère nécessaire.

2 LA MÉDECINE CURATIVE

Nous en arrivons ainsi à la deuxième partie de l'exposé : la médecine curative. La politique de la santé axée essentiellement sur les soins à donner ou à recevoir a pris dans la vie de toute nation une place de tout premier plan. Son incidence socio-économique est considérable. L'allongement de l'espérance-vie a bouleversé les structures démographiques et augmenté dans de sensibles proportions la capacité de production de l'homme. Mais surtout la **sécurité sociale** a constitué un **capital énorme** qu'il faut gérer, alimenter, distribuer.

LES CHARGES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Nous nous permettons d'extraire d'une publication de Monsieur A. DELPEREE, secrétaire général du Ministère de la Prévoyance Sociale (2), les recettes et les dépenses de la sécurité sociale comparées au produit national brut et au revenu national ; les valeurs sont exprimées en milliards de francs.

Année	1953	1954	1959	1962	1963	1964
1. Produit national brut au prix du marché	415,3	432,5	537,8	647,2	697,9	768,2
2. Revenu national au coût des facteurs	339,8	355,3	431,0	514,0	551,9	607,9
3. Prestations de sécurité sociale (aux salariés et aux indépendants)	27,9	29,7	46,6	56,0	63,2	76,9
4. Cotisations de sécurité sociale (salariés et indépendants)	21,0	22,3	32,5	42,1	50,7	66,8
5. Transferts du pouvoir central	8,3	8,8	15,9	15,6	16,5	18,9
6. Recettes (cotisations, subventions, revenus)	31,0	33,0	51,1	60,8	70,6	89,2
Rapport de 3 à 1 (en pour-cent)	6,72	6,87	8,67	8,65	9,06	10,01
Rapport de 3 à 2 (en pour-cent)	8,21	8,36	10,81	10,89	11,45	12,65
Rapport de 6 à 1 (en pour-cent)	7,46	7,63	9,5	9,39	10,12	11,61
Rapport de 6 à 2 (en pour-cent)	9,12	9,29	11,86	11,83	12,79	14,68

En 1966 le cap de la centaine sera dépassé car l'auteur cité signale que cette année les recettes de la sécurité sociale pour l'ensemble des régimes salariés et indépendants s'élèveront à plus de **cent cinq milliards.**

(2) A. DELPEREE : La sécurité sociale et économique nationale, Revue belge de sécurité sociale, août 1966.

Il faut ajouter que les recettes et les dépenses de la sécurité sociale s'accroissent plus rapidement que le produit national brut et le revenu national comme le montre le tableau ci-après tiré de la même publication. Les chiffres de 1953 sont pris comme points de comparaison, valeur 100.

Année	1953	1954	1959	1962	1963	1964
— Accroissement du produit national brut au prix du marché	100	104,1	129,5	155,8	168,0	185,0
— Accroissement du revenu national	100	104,6	126,8	151,3	162,4	178,9
— Accroissement sécurité sociale (recettes)	100	106,5	164,8	196,1	227,8	287,8
— Accroissement fiscalisation sécurité sociale	100	106,2	191,6	187,9	198,8	227,7
— Accroissement sécurité sociale (prestations)	100	106,4	167,0	200,1	226,6	275,6

Remarquons que le même phénomène se présente dans d'autres pays ; ainsi en France les dépenses de l'assurance maladie augmentent de 15 à 20 % chaque année alors que l'accroissement annuel du revenu national ne dépasse pas 4 à 5 % dans les circonstances les plus favorables. (3)

LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

Du point de vue humain chaque individu est un futur malade qui se sent directement concerné par le problème, un problème de taille qui engage l'avenir du pays. Comme nous l'avons dit dans le préambule, le **développement des sciences médicales,** de rapide qu'il était au début du siècle, est devenu véritablement **explosif** depuis une trentaine d'années. Il a abouti à une **augmentation considérable des investissements** nécessaires à la réalisation d'une bonne médecine : formation plus longue et plus poussée des médecins et du personnel paramédical, appareillage d'un prix élevé et assez vite dépassé, médicaments coûteux.

D'un autre côté l'évolution démographique **multiplie les consultations à l'âge moyen et au grand âge.** On constate donc une augmentation tant des investissements que du nombre des consultations.

Devant cet accroissement marqué et régulier du coût de la médecine, il est devenu nécessaire de mettre au point **un système de couverture du risque maladie.** Il est en effet assez difficile de convaincre un homme bien portant, à faible ou moyen revenu, de constituer une

(3) Travaux de la Commission d'Etude de l'Union Nationale pour l'Amélioration de la Médecine (U.N.A.M.) : L'homme moderne et sa santé. Editions de l'Avenir, ASNIERES, 1966.

réserve en vue de faire face à une éventuelle maladie. Le ferait-il, il pourrait rarement assumer les frais élevés occasionnés par une affection grave pour peu qu'elle se prolonge. Outre les peines physiques et morales qu'elle inflige, la maladie, même chez l'homme prévoyant, risquerait souvent de provoquer un véritable désastre économique. Cette éventualité toujours présente à l'esprit des intéressés risquerait d'amener chez ces derniers le sentiment angoissant d'une menace constante.

La sécurité sociale, dont l'origine remonte à la révolution industrielle du siècle dernier, garantit l'individu et sa famille contre les risques de l'existence : maladie, invalidité, chômage, grand âge, décès. Donnant à chacun la possibilité de recevoir les soins réclamés par son état de santé et ce, quelle que soit sa situation matérielle, elle répond à une nécessité de notre époque où les revenus d'un grand nombre dépendent essentiellement de la situation conjoncturelle. Signe des temps, dans presque tous les pays du monde, il existe un service des soins de santé fonctionnant suivant des modalités variables. Etant donné l'importance du problème, étant donné les intérêts politiques, sociaux, économiques, soulevés, différentes forces se sont préoccupés de l'orientation à donner à une politique de santé.

LE ROLE DES SYNDICATS

En prenant en main la défense des intérêts des travailleurs, **les syndicats** ont eu une influence déterminante sur l'évolution sociale de notre société moderne. Ce sont eux qui, **avec des organismes d'entraide issus des classes moyennes,** ont entrepris de créer des caisses d'assurances dites " mutuelles " couvrant les risques de maladie et d'invalidité dans une proportion plus ou moins grande. Toutes ces initiatives privées étaient basées sur le principe que l'individu doit lui-même se garantir contre les aléas de l'existence. Mais assez vite ce **principe de la responsabilité individuelle** a fait place à la **doctrine de la responsabilité de la société entière** qui doit se préoccuper du bien-être et de la santé de ses membres. Cette idée n'est pas neuve car les encyclopédistes et les savants du 18ème siècle ont entrevu le rôle que les pouvoirs publics ont à jouer dans la société.

Selon le niveau des responsabilités, l'assurance-maladie a pris deux orientations différentes. On pourrait dire aussi que l'assurance-maladie a gardé son caractère originel ou a subi des transformations fondamentales.

Dans le **premier cas,** l'assurance reste alimentée par des **contributions volontaires gérées par des entreprises privées.** Cette situation est encore largement répandue aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada. C'est que durant le 19ème siècle et le début du 20ème

siècle les classes moyennes jouèrent un rôle prépondérant dans ces pays à économie essentiellement agricole. Ce n'est qu'avec l'industrialisation très poussée que les syndicats ont pris une influence de plus en plus importante, renforcée d'ailleurs par la fameuse récession économique de l'entre-deux-guerres.

Mais l'assurance-maladie dans les pays nord-américains n'évoluera pas nécessairement vers la **seconde alternative : l'assurance obligatoire.**

En effet beaucoup sont convaincus que la socialisation n'est pas le seul moyen d'apporter le plein bénéfice à toute une nation. Dans une société riche où un grand pouvoir d'achat joint à une niveau élevé d'instruction amène plus facilement les individus à s'affilier à une caisse mutuelle de secours, l'assurance maladie volontaire généralisée peut obtenir des résultats identiques sinon meilleurs. L'assurance maladie obligatoire par contre existe dans de nombreux pays ; en Belgique elle concerne 8.900.000 personnes sur 9.400.000.
Elle est le point d'aboutissement des efforts des associations professionnelles. L'objectif de celles-ci est la gratuité totale ou presque des soins de santé avec comme phase finale une nationalisation ou une **étatisation de la Sécurité sociale** qui recevrait ainsi la garantie totale de l'Etat. On connait les arguments qui s'affrontent pour ou contre une médecine étatisée.

POUR OU CONTRE UNE MÉDECINE ÉTATISÉE

En faveur de cette dernière on invoque une coordination plus aisée de la médecine préventive et de la médecine curative, la précocité du diagnostic car le malade vient consulter plus rapidement, le plein emploi des services qui s'intègrent plus facilement sans chevauchement ni gaspillage, la rationalisation du système hospitalier, la fin de l'angoisse causée par le risque de la maladie.

A la médecine étatisée on oppose **plusieurs objections.** L'esprit fonctionnaire ankylose le médecin qui a moins d'intérêt à se tenir au courant et perd tout esprit compétitif. Le libre choix du médecin devient aléatoire. De nombreux abus sont à craindre : gaspillage du temps du médecin appelé pour des vétilles, surconsommation de médicaments, absences exagérées pour cause de maladie. Les liens de confiance entre le malade et le médecin se relachent au point de disparaître complètement. Il y a enfin une énorme organisation administrative qui freine inévitablement le fonctionnement de la machine, inonde le médecin de papier et est souvent un obstacle au dialogue entre le médecin et son patient.

Celui-ci souvent peu au courant des règlementations d'ailleurs modifiées régulièrement, se sent perdu et dépersonnalisé dans ses contacts avec une administration complexe, aussi aimables et complaisants soient les employés prisonniers des directives reçues. Dans ce

domaine les sociétés mutuelles devraient garder plus de contacts avec les assurés. **La médecine étatisée, étape finale de la socialisation, perd ainsi tout sens de l'humain** ; nous y reviendrons plus loin.

POUR OU CONTRE UNE GRATUITÉ COMPLÈTE

Les syndicats voudraient arriver à une gratuité pratiquement totale des soins de santé. Sur le plan de la propagande cette politique paraît donner de meilleurs résultats qu'un relèvement des salaires qui ne sera jamais uniforme pour tous. Les salariés doivent évidemment participer à l'accroissement du revenu national dont la répartition peut se faire sur plusieurs des postes suivants : salaires, pensions, prestations sociales, ou être bloquée sur un seul d'entre eux. Si tout porte sur les avantages sociaux, on ne pourra relever les autres postes.

La sécurité sociale ne peut malheureusement pas donner plus qu'elle ne reçoit et il faut faire un choix. L'assurance maladie doit-elle tout couvrir ou se limiter aux gros risques ?

Une équipe de jeunes économistes de doctrine socialiste vient de publier un livre intitulé : " Le Socialisme et l'Europe " sous le pseudonyme de Clause Bruclain. Dans cet ouvrage, qui a fait assez de bruit, je relève le passage suivant : **" En matière sociale certains
" types d'interventions pourront, à mesure que l'on avancera vers
" l'abondance, être réduits et ils devront l'être de manière que
" chaque individu devienne de plus en plus responsable de lui-même
" et de sa famille. Ainsi certaines prestations de Sécurité sociale,
" telles que la couverture des risques mineurs, seront à supprimer
" pour la majorité de la population. Le socialisme doit se pénétrer
" de ce qu'une idée telle que celle de la médecine gratuite pour tous,
" deviendra de plus en plus une idée anti-socialiste ".**
Il est en effet plus raisonnable de **réserver la gratuité totale aux personnes les moins favorisées** de la communauté. J'ajouterais que la médecine étatisée ne peut convenir qu'aux peuples pauvres, tels les pays en développement ; elle n'est pas souhaitable dans les pays riches où le revenu ne cesse de s'accroître.

LE COLLOQUE SINGULIER

Mais le risque de santé n'est pas un risque matériel ordinaire que l'on peut intégrer dans un cadre administratif rigide. S'il se concrétise, ce risque se terminera par une intervention du médecin, par un **acte médical** dont la base est certes **scientifique** mais qui a une **portée sociale** et est toujours un **fait psychologique.**

Qu'il soit homme de la rue ou doctrinaire politique, le malade demande au médecin une guérison certes rapide et complète mais dans des

conditions humaines et personnelles. On a beaucoup parlé de la psychologie de l'homme malade, anxieux de récupérer la santé. Cette angoisse lui donne à l'égard du médecin un sentiment de dépendance qui le met dans une situation infantile. Cet état d'esprit le rendra docile, capricieux, difficile ou simplement passif selon le caractère de chacun.

C'est dans ces circonstances souvent difficiles que le médecin doit engager le dialogue, **le " colloque singulier "** pour reprendre l'expression de Georges DUHAMEL, qui est déjà l'**amorce du traitement sinon de la guérison.** Lors de ce contact le rôle du médecin est de maintenir ou d'obtenir la confiance tout en éliminant les attitudes infantiles de dépendance. Il parviendra ainsi à obtenir du patient une participation du type adulte dont Alexis CARREL a mis en évidence le rôle efficace dans la guérison, thérapeutiques organique et psychologique se combinant harmonieusement.

LA NÉCESSAIRE LIBERTÉ DU MÉDECIN ET SES LIMITES

Quoi qu'on en dise et quoi qu'on fasse le médecin reste avec le personnel paramédical l'élément actif essentiel de l'assurance maladie-invalidité. La profession médicale tout en s'adaptant à l'évolution socio-économique actuelle doit cependant conserver les principaux caractères d'une profession libérale : **liberté à une pratique compétitive et préservation des rapports médecin-malade.** Ce dernier point implique la pleine liberté du praticien, la prescription libre, le libre choix du médecin par le malade et en retour la libre acceptation du malade par le médecin, la liberté d'installation.

Tous ces desiderata sont réalisés par **le médecin de famille** et on ne peut qu'en souhaiter la survivance. La famille est en effet la cellule de base dont le niveau social, économique, psychologique, culturel conditionne dans une large mesure le niveau de santé de la communauté. Dans cette conception le médecin de famille non content d'éliminer la maladie devient un promoteur de la santé grâce à ses connaissances des milieux physique, psychologique et en liaison avec la médecine préventive.

La grande majorité des praticiens admettent la **nécessité actuelle d'une médecine socialisée** — au sens sociologique et non politique du terme — réalisant qu'il s'agit là d'une **mesure d'élémentaire justice ;** mais ils désirent réaliser cette médecine sociale en protégeant leurs **intérêts légitimes** et en conservant leur **indépendance,** gage d'une médecine humaine.

CONCLUSION

Les médecins jouent donc un rôle essentiel dans la sécurité sociale en assumant pleinement leurs responsabilités professionnelles et en gardant à la médecine son caractère humain. Il me paraît normal d'admettre leur **participation à la gestion de l'entreprise.** Ils auraient ainsi une vue plus exacte des problèmes, compte tenu de leurs aspects humain et scientifique d'une part, de leur aspect économique d'autre part.

On ne peut se leurrer, **la santé d'une nation comme la nôtre dépend des rapports de la médecine et de la Sécurité sociale.** Aussi faudrait-il que les intéressés (Gouvernement, groupes de pression, organismes d'assurances, usagers, praticiens) collaborent à la solution d'un problème vital pour le pays. Signalons qu'en France un nouveau groupement vient de se créer, " L'Union Nationale pour l'Amélioration de la Médecine " (U.N.A.M.) et groupe environ 300.000 adhérents provenant tant des milieux médicaux que des assurés sociaux. Le but de cette association est de chercher des solutions qui satisfassent les uns et les autres en tenant compte que l'**assurance-maladie doit s'adapter à l'homme et non l'inverse.**

Docteur J. GILLET.

MESSAGE AUX MÉDECINS CHRÉTIENS

GUÉRISSEZ LES MALADES qui s'y trouvent, ET ANNONCEZ : « C'est le Royaume de Dieu qui vient à vous ».

en Saint-Luc chap. 10-9

les activités des personnes âgées

par les docteurs J. P. DEHON et M. W. HUBER,
de l'équipe psycho-gériatrique du Centre neurologique
Etienne De Greeff. (1)

IL FAUT SE PRÉPARER A VIEILLIR HARMONIEUSEMENT

Dans le complexe et très actuel domaine de la gérontologie, c'est devant les problèmes posés par l'aspect individuel du vieillissement et plus particulièrement devant les répercussions psychologiques causées par celui-ci sur l'être humain à son déclin que je me placerai. Et ces considérations ne seront rien moins qu'un rappel avec insistance de conceptions enseignées par le Professeur DE GREEFF avec comme but d'éclairer l'optique actuelle concernant les problèmes de la vieillesse vécue.

Et pour préciser la lumière sous laquelle il voyait ces problèmes, nous dirons que si le côté médecine interne de la gériatrie est indispensable comme soutien physiologique de l'organisme humain en sénescence, si le contexte social avec ses organisations, ses lois et ses pensions se doit de soulager l'homme d'âge face aux besoins matériels, nous ne perdrons pas de vue que **c'est le monde intérieur ressenti par l'individu qui en définitive conditionnera toujours ses états d'âme.** Ceux-ci restent la base ressentie par lui comme primordiale pour l'évolution heureuse ou malheureuse du temps qui lui reste à vivre.

En d'autres mots, si la médecine peut allonger la durée de la vie et si les lois sociales doivent à la longue donner aux vieillards des conditions de vie acceptables, il est et restera toujours un facteur prépondérant difficilement influençable par autrui, qui est **le reflet, la projection et le fruit de toute une vie passée.** Car l'harmonie de la vieillesse heureuse ne s'impose pas philanthropiquement pas plus qu'elle ne s'achète, elle ne pourra pas non plus être votée dans une assemblée, en bref le bonheur dans la vieillesse ne s'improvise pas.

---

(1) Rapport présenté au Week-End Européen de Gériatrie (Octobre 1964), avec comme sous-titre l'indication : Etude pour un centre psycho-gériatrique d'orientation des loisirs.

Et il ne serait pas trop tôt de se souvenir dès le jeune âge qu'on ne peut pas vieillir sans effort, sans qualités acquises et sans renoncement et que la vieillesse ne sera le couronnement d'une vie que si elle est l'**aboutissement d'une ligne de conduite choisie et acceptée depuis longtemps.** C'est donc dire si à la base du problème il y a déjà celui de l'éducation.

LE TRAVAIL NE RÉSOUD PAS TOUT . . .

Et pour en arriver à parler du travail et des loisirs de la vieillesse et aux liens qui les unissent, il ne faudrait pas en abordant ces problèmes perdre de vue que **le travail** ne pourra jamais être considéré valablement comme une fin en soi, mais bien comme **un moyen.** Et dans le cas qui nous concerne, nous sentons déjà que ce moyen ne résoudra pas le fond du problème et ne sera jamais qu'une possibilité donnée à l'individu de meubler sa vie en occupant son temps, en d'autres mots, de **la distraire pour lui éviter la désagréable prise de conscience de l'inutilité relative d'une fin de vie.** Ensuite, pour adoucir le côté quelque peu déprimant de cette vérité plus digne des vues d'un économiste que d'un sociologue, empressons-nous d'ajouter que l'utilité de l'individu, prise dans son vrai sens, n'est que très partiellement comprise dans le concept d'efficience et de rendement. Plus concrètement, disons d'une manière simpliste qu'il est peut-être plus utile à la société d'être un bon grand-père qu'un puissant chef d'entreprise.

Les problèmes de la vieillesse doivent être étudiés en tenant compte du facteur génétique. La vieillesse est en effet la dernière phase d'une évolution dont les diverses étapes comportent chacune des significations et des tâches plus ou moins spécifiques et propres mais dont la dernière les contient et les résume toutes. Ce qui fait qu'en définitive **la vieillesse pose finalement le problème de la réussite et de l'échec d'une existence.** Aussi comme je le disais, ce problème ne sera pas résolu par la mise au travail du vieillard si même il le désirait toujours, car le problème du loisir n'est pas circonscrit chez lui dans un problème d'activité.

Génétiquement parlant, il est donc essentiel de **tenir compte de la typologie différentielle de la vieillesse,** et cliniquement, de l'histoire de vie de chaque individu. Il est en effet évident, et ce sera une des raisons d'utilité des futurs centres d'orientation gériatriques, qu'on ne peut prendre de mesures générales lorsqu'il s'agit d'individualité ni considérer de manière semblable des sujets qui pendant la première partie de leur vie ont connu des situations sociales, familiales et financières aussi différentes que celles rencontrées chez nous, la diversité des cas particuliers étant encore accentuée par la variété des psychologies individuelles avec leurs facteurs affectifs et leurs facteurs intellectuels.

. . . NI LES MESURES SOCIALES . . .
NI LES CLUBS . . .

On pourrait aussi se demander si l'échantillonnage de la vieillesse consultante d'un centre gériatrique ne serait pas sensiblement uniforme quant à ses besoins, à savoir : vaincre les difficultés matérielles et combattre la solitude. Dès lors le but poursuivi pourrait être atteint avec une relative facilité par la création de clubs et d'amicales, par l'augmentation des pensions de vieillesse, l'assouplissement des lois sociales qui actuellement par exemple limitent dans notre pays les heures de travail du pensionné, ou par l'allègement des charges patronales imposées vis-à-vis de leur personnel âgé, dont le rendement et l'efficacité sont forcément diminués.

Il est encore un fait qu'une importante proportion de la population âgée ne sera jamais obligée d'avoir recours à l'assistance de la société, soit que leur famille les ait pris en charge, soit qu'à tous les points de vue ils peuvent encore se suffire à eux-mêmes, et de ceci on peut déduire qu'un important aspect des problèmes de la vieillesse réside dans la structure familiale, un autre dans la richesse personnelle des sujets.

Donc, si le cadre de la vieillesse peut être extérieurement amélioré par le relatif bien-être matériel, social et physiologique qu'apporteront de meilleures conditions financières, une médecine efficace et un compagnonnage adéquat, il est clair que d'une manière vécue, les plus grandes difficultés rencontrées dans la vie qui se termine sont d'un autre ordre. Elles peuvent bien sûr être grandement influencées par les facteurs dont nous venons de parler, mais le mécanisme responsable des problèmes du grand âge, c'est au fond de la personnalité du sujet qu'on le trouvera.

LA PERSONNALITÉ IMPORTE PLUS

A ce moment également, par son mode d'organisation et sa hiérarchie des valeurs, la communauté devient responsable. Les tendances par trop utilitaires de ses structures sociales, qui considèrent les vieillards comme des bouches inutiles et les traitent comme tels, ne permettent plus à ceux-ci de trouver dans la vie communautaire familiale comme elle existe encore dans certaines campagnes, la chaleur affective, l'indulgence, voire la vénération dont ils ont besoin. Car si l'on veut bien admettre que le rendement, la productivité et l'efficacité d'un individu deviennent quantité négligeable devant sa pensée et sa culture des vraies valeurs, nous sentons que **la reconnaissance de la valeur subjective de la vieillesse** prend alors toute son importance.

Un autre aspect est constitué par les situations professionnelles sociales et familiales dont la réussite même présente un revers à l'heure où l'homme n'a pas encore pris conscience de son vieillissement ou accepte la diminution qui depuis un certain temps déjà a entamé ses potentialités. Parfois, et c'est peut-être heureux pour lui, il n'aura plus l'autocritique qui lui permettra de se rendre compte de cette involution qui débute. Mais alors surgiront pour lui d'autres difficultés du fait qu'une certaine inadaptation à la situation se faisant, il y aura chez lui opposition entre l'idée qu'il a de lui-même et l'expérience déjà vécue par lui que l'entourage se comporte comme si l'on pouvait se passer de lui.

Ici je cite le Professeur DE GREEFF qui disait que **c'est à peu près uniquement dans le comportement d'autrui que l'homme prend connaissance de son vieillissement,** car l'attitude de l'entourage évolue et constitue finalement un état de fait qui pour lui devient matière à méditation, qui devient aussi occasion de choix et de jugement.

Par là, la psychologie du vieillissement présentera deux aspects assez peu conciliables. D'une part **le vieillissement constaté,** c'est-à-dire la diminution des performances et l'inadaptation croissante aux situations nouvelles quelles qu'elles soient, avec finalement la diminution visible d'activité, d'autre part, **l'expérience subjective différente** qui porte l'individu à croire à sa supériorité propre et à l'incompréhension ou à l'injustice des autres à son égard.

Ceci peut amener une synthèse nouvelle et par prise de conscience un problème vécu, **une forme de vie professionnelle et sociale adaptée** à l'âge en question, c'est la solution valable. **Ou** bien au contraire, naîtra le **conflit,** l'inadéquation au milieu, se traduisant par une sorte d'acte d'accusation de la part du sujet vieillissant.

En effet à l'âge mûr, les réussites professionnelles, sociales et familiales ont révélé à l'individu une image et une valeur de soi-même, à laquelle le sujet se réfère et dont il vivra longtemps. Il sait ce qu'il a réalisé et surtout il a pris l'habitude du comportement qu'on avait avec lui : déférence, admiration, approbation. Dès lors pendant un certain temps, la **diminution de ses potentialités** qui déjà aux tests peut être objectivée, est **compensée par** la valeur développée par l'action dans le temps, à savoir l'**Expérience** avec un grand E qui cliniquement parlant s'avère dans certains cas être une arme à double tranchant, non pas par l'expérience elle-même bien sûr, mais l'impression ressentie par l'individu qui est persuadé de la posséder. Elle semble souvent entraîner chez lui en effet d'abord le **sentiment rigide** d'être sur la seule bonne voie, et parallèlement le **manque de souplesse** qui amènera l'inadaptation croissante dont nous parlions plus haut.

Devant cette situation nouvelle devenue réalité évidente, il faut entrevoir une double réaction possible de la part du vieillard : **la réaction**

positive que serait la **restructuration progressive** d'une nouvelle forme de vie dans tous les domaines, **la réaction négative** qui sera la **persévération dans un comportement devenu inadéquat** avec comme conséquence l'inadaptation, la sensation d'injustice subie cristallisée sur l'ingratitude d'autrui, le tout amenant progressivement le vieillard dans la voie du désengagement total, désengagement qui serait la plus importante cause responsable du drame de la vieillesse.

AUX FRONTIÈRES DE LA SÉNILITÉ

L'étape suivante après le désengagement nous oblige à passer du terrain psychologique fonctionnel encore conscient à la pente involutive, cette fois organique et déjà irréversible. Nous abordons dès lors les frontières de la psycho-pathologie avec les premiers symptômes de la sénilité.

En citant MINKOWSKY, nous dirons que bien avant la démence sénile existe dans la psychologie de la vieillesse un **affaiblissement non démentiel des facultés psychiques**, qui consiste en une restriction générale de l'affectivité, de l'activité intellectuelle et de la mémoire, et aboutit en fin de compte au détachement complet des êtres et des choses, par l'oubli instantané du passé au fur et à mesure de sa formation et par l'insouciance de l'avenir. Le sujet alors sans imagination ni mémoire est **condamné dès lors à un éternel présent.** C'est le moment que MINKOWSKY appelle " l'époque de la sérénité et de la vie dans le général et dans l'instant présent ".

Les déficiences progressives de la mémoire joueraient un rôle important de même que ce qu'il appelle " l'absence d'imagination " qui englobe la disparition des préoccupations au sujet de l'avenir et de la mort, lesquels ne semblent plus devoir angoisser le vieillard, comme s'ils ne devaient plus se réaliser pour lui.

Cliniquement nous en sommes au stade du petit vieux qui se chauffe sur un banc au soleil dans les parcs publics et qui semble bien ne rien demander d'autre que la paix qu'il dit avoir bien méritée. Les centres d'orientation gériatriques ne seront probablement jamais consultés par cette catégorie-là. L'aide à leur apporter ne sera pas d'intervenir activement dans leur vie qui se termine en organisant leurs loisirs, mais plutôt de respecter leur liberté et leur dignité. Leur sort est entre les mains du législatif des pensions de vieillesse soutenu par un budget national qu'on pourrait imaginer heureusement éclairé par l'aspect sociologique et humanitaire du problème. Cette avant-dernière phase de la sénescence, la dernière étant la démence sénile, ne pouvant et ne devant plus être influencée, nous serrerons de plus près les problèmes de la vieillesse en envisageant comment peut être évité ce désengagement total du vieillard vis-à-vis de ce qui l'entoure.

COMMENT ÉVITER LE DÉSENGAGEMENT ?

L'action des loisirs et leur réalisation doivent trouver ici toute leur utilité, elles ne résoudront pas le fond du problème, mais pourront soulager certains êtres qui se mettent à douter de leur raison de vivre. Cependant il sera toujours difficile d'intéresser un individu à une occupation si celui-ci n'y voit pas une raison suffisante pour s'y engager réellement , en d'autres mots, s'il n'a plus suffisamment de **puissance créatrice,** laquelle est conditionnée par les exigences personnelles et les richesses intellectuelles et affectives du sujet. Car pour donner un nouveau sens à une existence brusquement modifiée par la pension par exemple il faudra que l'individu ait **des intérêts secondaires,** artistiques, littéraires ou de simples intérêts de bricolage pour qu'il puisse retrouver dans de nouveaux champs d'activité **des raisons d'agir qui lui permettraient de se forger un nouvel équilibre valable.**

Pour parler schématiquement, la pension du travailleur marque dans la vie de l'individu une date néfaste, laquelle trop souvent désengage le sujet, causant chez lui de profondes modifications psychologiques.

Chez certains apparaissent alors une diminution de l'élan vital et des modifications de caractère qui, associés aux premières déficiences physiologiques de la sénescence et à des situations familiales, sociales ou financières pénibles, rendent indispensable la création de centres adéquats capables de résoudre, au moins partiellement, les problèmes rencontrés par les personnes âgées.

Ces centres gériatriques, pour avoir l'efficacité souhaitée, devraient tenir compte de l'esprit médical dans **un service de gériatrie-médecine interne, et** de l'esprit psychologique dans **un service consultatif d'orientation.** Dans certains pays voisins, des centres structurés de cette manière semblent répondre aux exigences montrées par la vieillesse dans le monde actuel.

En Belgique, il semble que des lois sociales périmées soient un obstacle, non pas à la réalisation de tels centres mais à leur efficacité dans le domaine pratique. En effet un grand nombre de personnes arrivées à l'âge de la pension restent désireuses et parfaitement capables de continuer de manière effective une activité qui éviterait leur mise au repos forcé, principal responsable du désengagement progressif rencontré chez les vieillards livrés à eux-mêmes. **Au lieu de limiter le nombre d'heures de travail permis aux pensionnés, les lois sociales devraient permettre à ceux-ci de travailler librement selon leurs capacités, leurs dispositions et leurs désirs.**

Dans le secteur privé, à l'étranger, existent déjà des ateliers permettant aux vieux travailleurs de certaines firmes de continuer leur activité.

Le point de vue économique et certaines considérations sur le chômage, face à de telles résolutions, se sont avérées à l'expérience parfaitement compatibles.

CONCLUSIONS.

Si nous voulons rester dans le domaine du pratique et du réalisable, il faudrait nous attacher à réaliser les 5 points suivants :

1°) **Créer des centres de gériatrie adaptés aux besoins actuels** et inspirés des réalisations des Docteurs HUET et BOURLIERES à Paris.

2°) **Assouplir certaines lois sociales périmées.**

3°) **Encourager par tous les moyens la présence dans les familles des personnes âgées en leur permettant d'avoir un rôle effectif dans le cercle familial ou en dehors.** Economiquement et psychologiquement parlant, c'est la solution la plus valable : il revient en effet infiniment moins cher à la société de permettre aux personnes âgées de continuer une activité ou bien simplement d'allouer à leurs familles qui les entretiendraient une sorte d'allocation familiale, que de fonder des maisons de repos aussi modernes et onéreuses que peu indiquées à combler leurs aspirations et leur besoin d'affection. Combien de fois en effet ne rencontre-t-on pas dans les hospices parmi les vieilles personnes brutalement déracinées de leurs habitudes, des involutions séniles précises biologiquement inexpliquées, voire même des issues fatales non élucidées par la médecine somatique.

4°) Il serait indispensable pour permettre au service d'orientation des centres gériatriques de guider efficacement les gens en quête de travail bien avant l'âge de la pension parfois, qu'une **étude des métiers** soit effectuée, **afin de connaître les possibilités d'emploi des personnes d'âge dans les différentes professions ou métiers.**

5°) Afin de permettre aux personnes arrivées au terme de leur carrière de se créer sans rupture brusque un nouvel équilibre de vie, il serait souhaitable qu'ils puissent déjà avant la pension **se préparer non pas à l'inactivité mais à un emploi valable de leurs temps libres, à un âge où existent encore des possibilités d'adaptation.** Ainsi, la diminution progressive de la durée de travail avec par exemple des emplois à mi-temps en fin de carrière, serait psychologiquement hautement souhaitable et

parfaitement possible sur le plan de la réalisation. Réalisation qui rencontrera probablement, mais bien à tort, l'opposition de certains sociologues, économistes ou politiciens. Mais quel est le progrès qui avant d'aboutir ne rencontre pas des obstacles ?

Et cependant, quoiqu'il faille tenter l'impossible pour résoudre les problèmes de la vieillesse comme à tous les âges d'ailleurs, personne ne peut échapper au fait d'être seul devant son destin, car personne ne peut être heureux ou souffrir à votre place. C'est pourquoi, avec Monsieur André MALRAUX, nous nous sentons obligés de considérer la vieillesse comme un aveu, car l'existence est derrière l'homme et c'est elle qui l'a jugé.

Docteurs J. P. DEHON et M. W. HUBER.

P R I E R E.

Seigneur Jésus-Christ, bien que je ne sois qu'un homme, faites entrer avec moi dans cette maison le bonheur sans fin, les bénédictions divines, une charité active, une santé qui dure toujours... Manifestez en moi la gloire de votre saint Nom et bénissez ma présence. Rendez sanctifiante cette visite d'un homme mortel...

Extrait du rituel des malades ; il s'agit du prêtre apportant le Sacrement des malades. Le médecin chrétien peut la reprendre à son compte.

bibliographie

MARIAGE ET CÉLIBAT.

Rapports présentés au IIIème Congrès de l'A.C.I.E.M.P.
Editions du Cerf, 1965 - 288 pages.

Après le Congrès de Madrid en septembre 1957 et le Congrès de Milan en avril 1960, l'un et l'autre présidés par le Professeur LOPEZ IBOR de Madrid, le IIIème Congrès de l'Association Catholique Internationale d'Etudes Médico-psychologiques s'est déroulé à Toulouse, en juillet 1963, sous la présidence du Docteur F. J. BRACELAND (U.S.A.).

Le thème de ce Congrès , " Mariage et Célibat " qui fait l'objet de ce volume, illustre bien le sens des travaux et des rencontres suscités par cette Association.

Les travaux de ce Congrès répondent au besoin d'un double éclairage dans l'étude des conduites humaines : reconnaître parallèlement dans le mariage et le célibat la valeur de la sexualité, en dénonçant les attitudes régressives ou les comportements pathologiques qu'entraîne son refus, et mieux retrouver les valeurs spirituelles et morales dont la source et le développement se situent à un niveau de l'être qui est celui de la liberté.

Le thème est introduit par **une réflexion théologique** sur les rapports entre les deux états de vie, mariage et virginité, à partir des textes pauliniens, (R. P. Xavier LEON-DUFOUR, S.J., professeur au Collège de Fourvière à Lyon).

Parmi les contributions groupées sous la rubrique " **Sexualité humaine et Chasteté** ", l'étude du Professeur Leonardo ANCONA séduit par la perspective qu'elle ouvre et la finesse des analyses.

Dans le dossier sur les " **Conduites névrotiques dans le mariage** ", par le Professeur André LUSSIER (Montréal), nous trouvons des pages d'une grande densité sur les problèmes profonds de l'homme et de la femme dans le couple, le paradis extra-conjugal comme illusion et vérité, les chances de la conjugalité.

Les trois dernières rubriques abordent des problèmes plus concrets sur la **préparation au mariage**, le **discernement des vocations**, la

situation de solitude. D'intéressantes études sont ainsi mise à la disposition des responsables de la formation des futurs époux, religieux ou prêtres. Parmi elles, les contributions du Chanoine P. de LOCHT et de Mademoiselle F. MONNOYER de GALLAND, sont particulièrement substantielles.

Cet ensemble mérite de retenir l'attention de tous les spécialistes et responsables par le panorama exceptionnel qui leur est ici présenté.

C. D.

L'Evangile de l'enfance de l'Eglise — J.-P. CHARLIER o. p. — La Pensée catholique, Bruxelles — Collection " Etudes religieuses " — 154 pages — 99 f. b.

Sous ce titre, l'auteur analyse et commente les deux premiers chapitres des Actes des Apôtres. Trois grands sous-titres : 1. L'Ascension, prélude et gage de la Pentecôte ; 2. La composition de l'Eglise naissante ; 3. La naissance de l'Eglise.

Pour les profanes que nous sommes, il est intéressant de se rendre compte du travail de critique auquel sont soumis les textes sacrés : linguistique, littérature comparée, chronologie, histoire, théologie confrontée à la théologie hébraïque... L'auteur nous en livre un bref exemple à propos d'une étude fouillée des cent premières lignes du récit des Actes. Il nous aide à élucider quelques problèmes parmi lesquels celui de la liste exacte des douze apôtres, celui du remplacement de Judas, du miracle des langues, de la liste des peuples présents à Jérusalem...

Une bibliographie et une table de citations scripturaires terminent ce dense petit livre de lecture inhabituelle pour des médecins mais d'autant plus curieux à lire.

R. V. G.

nouvelles de saint-luc

RÉUNION DU CONSEIL DE L'ASSOCIATION

Le 13 avril 1967 s'est tenue à Namur une réunion du Conseil de l'Association des Médecins de Saint-Luc (cercles francophones).
Le Docteur LADURON, président, remercie les participants d'avoir répondu à son invitation et leur annonce que la présente réunion rompra peut-être quelque peu avec la tradition, car plutôt que de passer en revue les activités passées de chacun des cercles, il souhaiterait limiter le sujet de la discussion aux perspectives d'avenir et plus spécialement étudier la mise en pratique d'un projet dont on a déjà beaucoup parlé : **l'aide aux jeunes médecins.**

Diverses réunions et discussions antérieures ont fait apparaître de plus en plus clairement que les jeunes médecins n'étaient pas suffisamment préparés par les facultés de médecine à la pratique de la médecine générale en clientèle et, d'autre part, ne recevaient pas, au cours de leurs études, d'informations suffisantes au sujet de la réglementation médico-sociale en vigueur dans le pays et des nombreux problèmes déontologiques posés par l'application de cette réglementation.

La Société Saint-Luc désire pallier cette double lacune et se propose en conséquence :

1°) d'organiser un enseignement médico-social pour les étudiants de 4ème doctorat ;

2°) d'organiser pour les jeunes médecins récemment diplômés des stages de courte durée en médecine générale, auprès d'omnipraticiens expérimentés.

1. JOURNÉES D'INFORMATION MÉDICO-SOCIALE

La mise à exécution du premier point est pratiquement décidée grâce à l'aimable collaboration de l'Association des Médecins anciens de Louvain, et avec l'assentiment de la faculté de médecine, depuis la réunion tenue à Louvain le 19 février dernier.

Au cours de l'année du quatrième doctorat, seront organisées **trois journées d'information,** une par période de stage, de préférence un dimanche. Les stagiaires y seront obligatoirement convoqués par la faculté de médecine.

L'Association des Anciens recherchera les conférenciers les mieux qualifiés.

Société Médicale Belge de Saint-Luc

(Association sans but lucratif)

Président Général : Dr. Ch. de Gheldere
Secrétaire général : Dr. M. Kivits - *Trésorier :* Dr. J. Gillis
Secrétariat général : 19 avenue de l'Yser - Bruxelles 4
Tél. 35.36.02

Société de Saint-Luc de Bruxelles, 28, rue Ch. Legrelle - Bruxelles 4.
Société de Saint-Luc Centre, 37, rue du Parc - La Louvière.
Société de Saint-Luc de Charleroi, 199, Grand'rue - Charleroi.
Société de Saint-Luc de Liége, Clinique de et à Rocourt.
Société de Saint-Luc de Mons, 53, boulevard Dolez - Mons.
Société de Saint-Luc de Namur, Chemin des Vieux Murs - Namur.
Société de Saint-Luc de Verviers, 165, chaussée de Heusy - Verviers.

Jeunesse Médicale de Saint-Luc

Jeunesse Médicale de Liége, 14, quai Churchill - Liége
Cercle Médical Saint-Luc de Louvain, 17, rue Notre Dame - Louvain.

Assistance Médicale à l'Afrique Centrale

Secrétariat Général : 111, boulevard Louis Schmidt - Bruxelles 4.

—

Il est prévu que la première journée sera consacrée à des exposés d'information sur l'organisation de la médecine en Belgique et sur la réglementation médico-sociale.

Les deux autres journées comporteront l'étude des aspects déontologiques, sociaux et économiques de cette législation. Le rôle et la position des syndicats médicaux pourront éventuellement y être abordés.

Les conférences seront suivies d'une discussion.

2. INITIATION DES JEUNES MÉDECINS

Le deuxième aspect de l'aide que la Société Saint-Luc voudrait apporter aux jeunes confrères est la **prise en stage, pendant un mois,** des nouveaux diplômés par un omnipraticien qui les ferait participer à ses consultations journalières.

A la fin de cette période d'initiation, le stagiaire serait éventuellement invité à remplacer le " parrain " pendant le congé de ce dernier.

Les conditions du stage et du remplacement éventuel seraient à mettre au point et dans chaque cas, il y aurait une convention d'honneur entre parrain et parrainé.

La mise en pratique de ces stages pourrait débuter dès la promotion des médecins à Louvain, prévue pour le 15 juillet.

Un appel sera adressé immédiatement aux futurs diplômés pour connaître ceux qui seraient intéressés par ce stage ainsi que la région et l'époque où ils désireraient le faire.

Les candidats une fois connus, leurs noms seraient communiqués aux présidents des cercles de Saint-Luc qui rechercheront parmi les membres de leur cercle ou d'autres médecins de la région, les " parrains " susceptibles de former les jeunes à la médecine de clientèle et aux aspects déontologiques de la pratique quotidienne. Les représentants du Cercle médical des étudiants de Louvain (Monsieur J. M. VAN DEN DRIESSCHE et le R. P. LE MAIRE) prennent note avec intérêt des initiatives de la Société Saint-Luc.

Ils exposent que de leur côté, ils ont entrepris avec la collaboration de quelques membres de la faculté, une étude de la réforme des études médicales dont l'aspect principal serait la suppression du troisième doctorat dans sa forme actuelle et son remplacement par des stages en médecine générale. Les cours de spécialités seraient concentrés en six mois. Les étudiants souhaitent que leur projet de réforme soit appuyé par la Société de Saint-Luc et l'Association des Médecins anciens de Louvain.

En attendant, l'initiative de Saint-Luc pour les jeunes diplômés est bien accueillie.

Mais il faudrait aussi pouvoir tenir compte du désir d'un certain nombre d'étudiants qui terminent leur deuxième doctorat, d'être initiés à la pratique médicale au cours de leurs vacances. Ils souhaiteraient être accueillis par des omnipraticiens qui les prendraient en stage. Le Cercle Médical des étudiants fera le recensement des candidats éventuels et communiquera leurs noms au Secrétariat général.

Pour les stages des jeunes médecins, il est décidé que le Secrétariat général fera un appel aux divers cercles pour connaître les médecins désireux d'accepter un stagiaire et informera d'autre part les étudiants qui terminent actuellement leur quatrième doctorat pour connaître ceux d'entr'eux qui seraient intéressés par un stage éventuel après l'obtention de leur diplôme.

NOS SECTIONS AMAC - MEDICUS MUNDI

L'appel paru en fin du numéro précédent de notre bulletin paraît avoir déjà donné certains résultats : les sociétés régionales de Gand, Bruges et Bruxelles se sont ébranlées les premières et nul doute qu'à la rentrée de septembre les sections AMAC - MEDICUS MUNDI ne soient structurées au sein de la plupart de nos sociétés et gildes.

Une des premières choses à faire, semble-t-il, est de s'abonner au Bulletin trimestriel AMAC - MEDICUS MUNDI, où sont régulièrement données les nouvelles en provenance de nos médecins et infirmières œuvrant dans le Tiers-Monde.

Ensuite il faudra parrainer ceux-ci, selon leur région d'origine.

Et enfin il serait souhaitable qu'on prenne l'habitude de verser régulièrement un petit pourcentage de ses honoraires, avec le bénéfice de l'exemption fiscale, via Entraide et Fraternité (en indiquant : AMAC ou MEDICUS MUNDI). Les sommes récoltées seront utilisées soit selon les désirs de chaque section régionale, soit suivant les propositions de l'AMAC ou de MEDICUS MUNDI. Ce versement régulier donnera évidemment droit à l'abonnement gratuit au bulletin trimestriel.